

記載例

介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払）

カコガワ タロウ		被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
氏名	加古川 太郎	生年月日	大正・昭和 ○年 ○月 ○日			受理番号						
住所	(〒675-8501) 加古川市加古川町北在家2000											
要介護・支援	2	認定有効期間	○年○月○日～○年○月○日									
販売事業者名	○○○○株式会社	介護保険事業者番号	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0
購入内容	福祉用具商品名/TAISコード	種目コード	福祉用具が必要な理由									
	製造事業者名											
	1 背付シャワーベンチ TAISコード 00001 -000010 △△△△株式会社	4	□身体機能の低下（以下に理由を明記） <input checked="" type="checkbox"/> 再購入（以下に理由を明記） （ 老朽化のためぐらつきがある。 不安定な為、再購入したい。 ）									
	2 暖房ポータブルトイレ TAISコード 00001 -000010 △△△△化成	1	<input checked="" type="checkbox"/> 身体機能の低下（以下に理由を明記） □再購入（以下に理由を明記） （ ）									
種目は下記一覧より選択し、番号を記入して下さい		↑必ず福祉用具専門相談員の助言を受けて個々の用具ごとに記載して下さい。										
種目コード一覧	1 腰掛便座 2 自動排泄処理装置 3 排泄予測支援機器 4 入浴補助用具 5 簡易浴槽 6 移動用リフトのつり具部分											
来庁者氏名 ※この申請書を提出される方	<input type="checkbox"/> 続柄 <input checked="" type="checkbox"/> 自署でない場合は押印が必要です 加古川市長様 連絡先 ので、氏名の右横に認印を押してください。											
上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 また、下欄の者を受任者と定め、上記の保険給付費の受領に関する権限を委任します。 なお、必要に応じて市が申請内容に加筆修正を行うことに同意します。												
事業者登録番号を記入し、事業者登録申請書と同じ口座を記入してください。	住所	加古川市 加古川町北在家2000										
	氏名	加古川 太郎 (自署または記名・押印)										
(受任者)	住所	加古川市加古川町北在家2000 電話番号										
	事業者名	○○○○株式会社 079(427)9125										
	代表者名	介護 洋俱										
口座振込 依頼欄	金融機関名	本支店名	種目	口座番号(右詰め)								
	○○○○ 銀行 信用金庫 農協・信用組合	○○ 支店 支所 出張所	普通 当座 貯蓄	○	○	○	○	○	○	○	○	
	フリガナ	○○○○カブシキガイシャ										
	口座名義人	○○○○株式会社										

※ 太枠内をすべて記入してください。

<市処理欄> この欄は記入しないでください。				負担割合	割
① 購入日	年	月	日	① 購入金額	円
② 購入日	年	月	日	② 購入金額	円
③ 購入日	年	月	日	③ 購入金額	円
事後申請日	年	月	日	支給対象購入費用	円
支給決定年月日	年	月	日	支給決定金額	円

受付印

